



**WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

**BẮT ĐẦU TUỔI TRẺ THƠ: 2 TUỔI**

<b>PHỤ HUYNH DIỄN VỀ ĐÚA TRẺ</b>	TÊN ĐÚA TRẺ		NGÀY SANH																																										
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI																																										
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỎ NGAI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI																																												
	CÓ	KHÔNG	CÓ	KHÔNG																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con tôi ăn nhiều thức ăn khác nhau.	Con tôi có thể chòng những khối vuông lên nhau.																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi quan tâm về giấc ngủ đêm của con tôi.	Con tôi có thể nói được một câu 2-3 chữ.																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con tôi có thể đá trái banh.	Con tôi cho biết rằng em thích được tập cho đi tiêu tiểu.																																								
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____ Elimination _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <b>Health Education: (Check all completed)</b> <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Toilet Training <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Car Seat or Booster <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Passive Smoking <input type="checkbox"/> Discipline/Limits <input type="checkbox"/> TV Habits <input type="checkbox"/> Child Care																																										
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history <hr/> Screening: Hearing <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Vision <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Development <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Behavior <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Social/Emotional <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Gross Motor <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Fine Motor <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table>				N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	Assessment: _____ <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																											
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
Physical: General appearance <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Skin <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Head <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Eyes <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Ears <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Nose <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Oropharynx/Teeth <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Neck <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Nodes <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Mental Health <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table>				N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	Chest <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Lungs <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Cardiovascular/Pulses <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Abdomen <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Genitalia <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Spine <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Extremities <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Neurological <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table> Gait <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td>A</td></tr></table>				N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
N	A																																												
Describe abnormal findings.  <hr/> <hr/> <hr/>				IMMUNIZATIONS GIVEN																																									
				REFERRALS																																									
<b>NEXT VISIT: 3 YEARS OF AGE</b>				HEALTH PROVIDER NAME																																									
HEALTH PROVIDER SIGNATURE				HEALTH PROVIDER ADDRESS																																									

DSHS 13-684A VI (REV. 08/2001)

 SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician    Yellow - Parent/Guardian

**EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS**

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (2 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.  
They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

### **Lead Screen**

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visits day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

### **Pneumococcal Screen**

Screen children for these risk factors:

- Age 2 and over with chronic illnesses specifically associated with pneumococcal disease or its complications; anatomic or functional aspernia; sickle cell disease; nephritic syndrome or chronic renal failure; cerebrospinal fluid leaks; or conditions associated with immunosuppression.

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **Developmental Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes    No

- |   |                          |   |                          |                          |   |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Kicks ball forward.   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <u>Removes article of clothing (not hat).</u>   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <u>Combines 2 words.</u>  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Uses own name to refer to self.   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <u>Vocabulary of more than 50 words.</u>  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Strangers understand half child's speech.   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <u>Understands a two-step verbal command ("Pick up the toy; put it away") without gestures.</u> |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Points to 6 named body parts (nose, eyes, ears, mouth, hands, feet, tummy, hair).               |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Stacks 4 blocks.  |                          |                          |   |
| <br><table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking.</td></tr></table> |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking. |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking.                                 |                          |                          |   |

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



# KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - BẮT ĐẦU TUỔI TRẺ THƠ: 2 TUỔI

WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 2 YEARS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

## BẮT ĐẦU TUỔI TRẺ THƠ: 2 TUỔI

PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ ĐÚA TRẺ	TÊN ĐÚA TRẺ		NGÀY SANH	
	CÁC DỊ ÚNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI	
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NAN/TRỎ NGẠI/QUAN TÂM KỂ TỪ LẦN KHÁM CUỐI			
	CÓ KHÔNG	Con tôi ăn nhiều thức ăn khác nhau.		CÓ KHÔNG
		Tôi quan tâm về giấc ngủ đêm của con tôi.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể chồng những khối vuông lên nhau.
		Con tôi có thể đá trái banh.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể nói được một câu 2-3 chữ.
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi cho biết rằng em thích được tập cho đi tiêu tiểu.	
	CÂN NẶNG KG./OZ. SỐ BÁCH PHÂN	CHIỀU CAO CM/IN. SỐ BÁCH PHÂN	VÒNG ĐẦU SỐ BÁCH PHÂN	
	<input type="checkbox"/> Xét lại các hệ thống		<input type="checkbox"/> Xét lại quá trình gia đình	
	Khám truy tâm:			
Nghe	N	A		
Nhin	N	A		
Phát triển	N	A		
Tính hành	N	A		
Giao tế/Xúc cảm	N	A		
Vận Động Thường	N	A		
Vận Động Khéo Léo	N	A		
Thể chất:				
Nhin chung	N	A	Ngực	
Da	N	A	Phổi	
Đầu	N	A	Tim/Mạch	
Mắt	N	A	Bụng	
Tai	N	A	Cơ Quan Sinh Dục	
Mũi	N	A	Xương sống	
Họng/Răng	N	A	Chân tay	
Cổ	N	A	Thần kinh	
Cục u	N	A	Dáng đi	
Tình Trạng Tâm Thần	N	A		
Mô tả các khám phá bất thường:				
ĐÃ CHỨNG NGÙA				
GIỚI THIỆU				
LẦN KHÁM KẾ TIẾP: LÚC 3 TUỔI		TÊN NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE		
CHỮ KÝ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE		ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE		

## Sức Khỏe của Con Em Quý Vị lúc 2 Tuổi

### Các Điểm Mốc

**Những cách con em quý vị phát triển trong khoảng từ 2 đến 3 tuổi.**

Thích nhảy từ chỗ này qua chỗ khác.

Đạp xe đạp ba bánh.

Nói một câu ba hay bốn chữ.

Tự ăn uống và mặc quần áo.

Có thể vẽ được dấu thập và vẽ vòng tròn bằng bút chì màu.

Chơi những trò chơi "tưởng tượng" với búp bê và thú nhồi bông.

**Quý vị có thể giúp cho con em của quý vị học hỏi những điều mới bằng cách chơi đùa với em.**

### Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

**Tin Tức về Cất Giữ Súng Ống An Toàn:** 1-800-LOK-IT-UP (565-4887)

**Giúp Trẻ:** Washington State Child Care Resources & Referral Network, 1-800-446-1114

**Phòng Ngừa Trúng Độc:** Trung Tâm Ngừa Độc Tiểu Bang Washington, 1-800-732-6985 hoặc 1-800-572-0638 (Tiếp Âm TTY)

**Để được giúp đỡ nếu quý vị cảm thấy rất chán chường về con em của quý vị:** Đường Dây Giúp Đỡ Gia Đình, 1-800-932-HOPE (4673) Đường dây trực tiếp địa phương giúp về vấn đề khủng hoảng.

### Các Chỉ Dẫn về Sức Khỏe

Con em của quý vị đã chích ngừa đầy đủ theo tuổi của em chưa? Nếu đã chích ngừa đầy đủ, em sẽ không cần chích thêm nữa cho đến khi bắt đầu đi học lớp mẫu giáo.

Cho con em của quý vị ăn những thức ăn bổ dưỡng mỗi ngày. Đừng cho ăn vặt nhiều. Ăn chung những bữa ăn với gia đình thường xuyên hơn nếu có thể được. Tắt TV trong lúc ăn.

Đánh răng cho con em của quý vị ít nhất là mỗi ngày một lần với một chút kem đánh răng bằng khoảng một hạt đậu có chất fluoride. Nhớ mang em đến nha sĩ để khám răng ít nhất là một năm một lần.

### Các Chỉ Dẫn về Nuôi Con

Nói chuyện với con em của quý vị để biết con em của quý vị như thế nào. Cùng đọc với nhau sách truyện hình và nói về những hình đó.

Giúp cho con em của quý vị chơi những trò chơi sinh động như chụp bắt, đuổi bắt, và chơi trốn tìm. Cho em những đồ chơi đơn giản để chơi như, những khố vuông, bút màu và giấy, thú nhồi bông.

Quý vị cũng muốn tập cho con em của quý vị đi tiêu tiểu sớm, nhưng các em chưa sẵn sàng cho đến khi lên khoảng 3 tuổi. Em sẽ cho quý vị biết nếu không tiểu ra quần trong lúc ngủ và sẽ nói cho quý vị biết khi em muốn đi tiêu tiểu.

Giới hạn TV một tiếng hoặc ít hơn cho trẻ em. Cùng coi chung với các em và nói về những chương trình này.

### Chỉ Dẫn về An Toàn

- Giữ những thuốc hóa học dùng để lau chùi và thuốc uống ở tủ khóa và ngoài tầm với của trẻ em.
- Luôn luôn nắm tay em khi đi bộ gần chỗ xe cộ lưu thông, ngay cả trong bãi đậu xe. Kiểm soát phía sau xe của quý vị trước khi de xe, để lõi có trẻ em đang ở phía sau xe.
- Nếu trong nhà có súng, luôn luôn cất vào nơi an toàn. Nhớ lấy hết đạn ra và khóa súng lại
- Mặc áo phao (life jacket) cho con em khi chơi gần nước hoặc trên tàu. Luôn luôn trông chừng em khi chơi gần nước.
- Để diêm quẹt ngoài tầm với của trẻ em.